

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu :

- za zgodą / bez zgody *

- za zgodą / bez zgody * przedstawiciela ustawowego,

kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią / Pana *

.....
(Imię i Nazwisko)

Zamieszkałą (-ego) w

.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia

2. Osoba badana jest/ nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/ całkowicie/ brak danych *

3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy :

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(adres)

4. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy:

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(adres)

5. Rozpoznanie :

.....
(Imię i Nazwisko, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

* odpowiednio zakreślić